日

(事務局記載欄)

指導連携施設受付 No.

年会費納入状況 完納/未納有(年)

2022 年 月

2022 年度日本消化管学会胃腸科専門医制度 指導連携施設申請書表紙

	指導施設代表者会員番号:_							
	指導施設代表者氏名:							
	指導施設代表者指導医認定記	正番号						
	<u>20</u>							
	*20 で始まる 10)桁の番号です						
提出前に $1\sim6$ が揃っているかを口にチェックを入れて確認してください。 $1\sim4$ は所定の用紙(様式 $1\sim4$)をご利用いただき、左上をホチキスで止めてください。 $5\sim6$ はマイページをご確認ください。 URL: https://mypage.jpn-ga.jp/								
\Box 1.	日本消化管学会胃腸科専門医制度指導連携施設申請書表紙	様式1						
$\square 2$.	日本消化管学会指導連携施設申請書	様式2						
\square 3.	施設内容	様式3						
$\square4$.	専門医研修計画書	様式 4						
\square 5.	指導施設代表者の当該年度までの年会費完納を確認しました							
	マイページ>右上メニュー>年会費支払歴 で当該年度までの会費納入確認後、	数字の前に☑						
\Box 6.	指導施設代表者のマイページ登録情報が最新であることを確認しました							
	マイページ>右上メニュー>登録情報 に最新情報が登録されていることを確認後、	数字の前に☑						

日本消化管学会指導連携施設申請書

一般社団法人日本消化管学会

専門医審議委員会 御中

下記病院を日本消化管学会胃腸科専門医制度による指導連携施設に申請致します。

1. 指導施設(本学会指導施設)情報

11 17228 () 121									
指導施設代表者名	自筆署名が必要です(入力不可)								
※自署									
指導施設認定証番号	2	0							
ふ り が な									
指導施設名称注 1)									
指導施設住所	₹								
$f T \qquad f E \qquad f L$									
F A X									
E-mail アドレス									
(ない場合は記入不要)									
U R L	http://								

注1) 指導施設認定証に記載されている正式名称をご記入ください。

2. 指導連携施設情報

ふ り が な	
指導連携施設名称注 2)	
指導連携施設住所	〒
T E L	
F A X	
E-mail アドレス	
(ない場合は記入不要)	
U R L	http://

注2) 指導連携施設認定証に記載されるため正式名称をご記入ください。

日

指導連携施設内容

### **消化管に関わる診療科名は全て記入すること (消化管以外の診療科は記載しないで下さい)。 *認定条件 (病床数) は、消化管関連病床として常時 20 床以上必要。 *専門医数は、常動の木学会胃腸科専門医数とする。 *本学会でいう常動とは週4日以上勤務していることを指す。 *暫定指導医・暫定専門医の数は記入不要のため数に入れない。 1. 診療科および病床数、在動専門医情報 お									西	暦			年	月
*認定条件 (病床数) は、消化管関連病床として常時 20 床以上必要。 *専門医数は、常動の本学会胃腸科専門医数とする。 *本学会でいう常動とは週 4 日以上勤務していることを指す。 *暫定指導医・暫定専門医の数は記入不要のため数に入れない。 1. 診療科および病床数、在勤専門医情報 診療科 名病床数 消化管関連の 常動医師数 本学会専門医網度による専門 医数 (常助) 例: 辨科 (消化器内科) 40 20 6 1 例: 外科 (消化器外科) 35 20 5 1 2. 施設情報 (申請日時点) (各項目いずれかに図を入れて下さい) 1) 中央検査室	病院の全病床数:	月	<u> </u>											
*専門医数は、常動の本学会胃腸科専門医数とする。 *本学会でいう常動とは週4日以上勤務していることを指す。 *暫定指導医・暫定専門医の数は記入不要のため数に入れない。 1. 診療科および病床数、在勤専門医情報 診 療 科 名 病 床 数 消化管関連の 常動医師数 本学会専門医 制度による専門 医数 (常動) 例:消化器内科 40 20 6 1 例:外科(清化器外科) 35 20 5 1 2. 施設情報(申請目時点) (各項目いずれかに図を入れて下さい) 1) 中央検査室	*消化管に関わる診療科名は全て記入すること(消化管以外の診療科は記載しないで下さい)。													
*本学会でいう常動とは週4日以上勤務していることを指す。 *暫定指導医・暫定専門医の数は記入不要のため数に入れない。 1. 診療科および病床数、在勤専門医情報 診 療 科 名 病 床 数 消化管関連の 常動医師数 本学会専門医制度による 専門 医 数 (常動) 例: 消化器内科 40 20 6 1 例: 外科 (消化器外科) 35 20 5 1 2. 施設情報 (申請日時点) (各項目いずれかに図を入れて下さい) 1. 中央検査室 □ 有 □ 無 □ 無 □ 無 □ 有 □ 無 □ 無 □ 有 □ 無 □ 無	*認定条件(病床数)は、消化管関連病床として常時 20 床以上必要。													
*暫定指導医・暫定専門医の数は記入不要のため数に入れない。 1. 診療科および病床数、在動専門医情報 診療科 名病床数 消化管関連の病床数 本学会専門医制度による専門医数(策報) 例: 消化器内科 40 20 6 1 例: 外科(消化器外科) 35 20 5 1 2. 施設情報(申請日時点) (各項目いずれかに又を入れて下さい) 1) 中央検査室	*専門医数は、常勤の本学会胃腸科専門医数とする。													
記録解料および病床数、在勤専門医情報	*本学会でいう常勤とは週4日以	人上勤	務し	てV	いる	こと	を指す	- 0						
診療 科 名 病床数 消化管関連の病床数 常勤医師数 本学会専門医制度による専門医数(常勤) 例: 別化器内科 40 20 6 1 例: 外科(消化器外科) 35 20 5 1 2. 施設情報(申請目時点) (各項目いずれかに②を入れて下さい) 1) 中央検査室 有 無 2) 中央図書室 有 無 3) 病歴保管施設 有 無 4) 剖検室 有 無 5) 消化管に関する定期的教育行事 有 無 3. 指導連携施設の専門医氏名(本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、機論設との連絡責任者を記入すること専門医 民 名 事門 医 氏 名 専門 医 設定証 番号 備 考 事門 医 氏 名 専門 医 設定証 番号 備 考 (事務局記入欄) 事場書の氏名を記入ください。 指導連携施設 専門医 署名 自筆署名が必要です(入力不可) (入力不可)	*暫定指導医・暫定専門医の数に	記入	不要	更のた	_め	数に	入れな	い。						
診療 科 名 病床数 消化管関連の病床数 常勤医師数 本学会専門医制度による専門医数(常勤) 例: 別化器内科 40 20 6 1 例: 外科(消化器外科) 35 20 5 1 2. 施設情報(申請目時点) (各項目いずれかに②を入れて下さい) 1) 中央検査室 有 無 2) 中央図書室 有 無 3) 病歴保管施設 有 無 4) 剖検室 有 無 5) 消化管に関する定期的教育行事 有 無 3. 指導連携施設の専門医氏名(本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、機論設との連絡責任者を記入すること専門医 民 名 事門 医 氏 名 専門 医 設定証 番号 備 考 事門 医 氏 名 専門 医 設定証 番号 備 考 (事務局記入欄) 事場書の氏名を記入ください。 指導連携施設 専門医 署名 自筆署名が必要です(入力不可) (入力不可)														
病 床 数 制度による 専門 医数 (常助) (非助) (非助)	1. 診療科および病床数、在勤専門	月医情	報											
専門医数 (常動) (都設情報 (申請日時点) (各項目いずれかに図を入れて下さい) (各項目いずれかに図を入れて下さい) (各項目いずれかに図を入れて下さい) (各項目に関立室	診 療 科 名	病	床	娄	数 消化管関連の 常剪				勤医	師	数	本学	会専門医	
例:消化器内科 40 20 6 1 1						病 床 数						制度	ほによる	
例:消化器内科 40 20 6 1 例:外科 (消化器外科) 35 20 5 1 2. 施設情報 (申請日時点) (各項目いずれかに Zを入れて下さい) 1) 中央検査室													専	明 医 数
例:外科 (消化器外科) 35 20 5 1 2. 施設情報 (申請日時点) (各項目いずれかに又を入れて下さい) 1) 中央検査室													(常蕙	h)
2. 施設情報 (申請日時点) (各項目いずれかに図を入れて下さい) 1) 中央検査室	例:消化器内科	40				20			6	6				
1) 中央検査室 □ 有 □ 無 2) 中央図書室 □ 有 □ 無 3) 病歴保管施設 □ 有 □ 無 4) 剖検室 □ 有 □ 無 5) 消化管に関する定期的教育行事 □ 有 □ 無 3. 指導連携施設の専門医氏名(本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること専門 医 氏 名 専門 医 認定証番号 備 考 (事務 局 記 入 欄) 本専門医認定証番号 備 考 (事務 局 記 入 欄) *専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 ************************************	例:外科 (消化器外科)	35				20				5				
1) 中央検査室 □ 有 □ 無 2) 中央図書室 □ 有 □ 無 3) 病歴保管施設 □ 有 □ 無 4) 剖検室 □ 有 □ 無 5) 消化管に関する定期的教育行事 □ 有 □ 無 3. 指導連携施設の専門医氏名(本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること専門 医 氏 名 専門 医 認定証番号 備 考 (事務 局 記 入 欄) 本専門医認定証番号 備 考 (事務 局 記 入 欄) *専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 ************************************														
1) 中央検査室 □ 有 □ 無 2) 中央図書室 □ 有 □ 無 3) 病歴保管施設 □ 有 □ 無 4) 剖検室 □ 有 □ 無 5) 消化管に関する定期的教育行事 □ 有 □ 無 3. 指導連携施設の専門医氏名(本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること専門 医 氏 名 専門 医 認定証番号 備 考 (事務 局 記 入 欄) 本専門医認定証番号 備 考 (事務 局 記 入 欄) *専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 ************************************														
1) 中央検査室 □ 有 □ 無 2) 中央図書室 □ 有 □ 無 3) 病歴保管施設 □ 有 □ 無 4) 剖検室 □ 有 □ 無 5) 消化管に関する定期的教育行事 □ 有 □ 無 3. 指導連携施設の専門医氏名(本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること専門 医 氏 名 専門 医 認定証番号 備 考 (事務 局 記 入 欄) 本専門医認定証番号 備 考 (事務 局 記 入 欄) *専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 ************************************														
1) 中央検査室 □ 有 □ 無 2) 中央図書室 □ 有 □ 無 3) 病歴保管施設 □ 有 □ 無 4) 剖検室 □ 有 □ 無 5) 消化管に関する定期的教育行事 □ 有 □ 無 3. 指導連携施設の専門医氏名(本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること専門 医 氏 名 専門 医 認定証番号 備 考 (事務 局 記 入 欄) 本専門医認定証番号 備 考 (事務 局 記 入 欄) *専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 ************************************														
2) 中央図書室 「有 無 3) 病歴保管施設 「有 無 4) 剖検室 「有 無 5) 消化管に関する定期的教育行事 有 無 3. 指導連携施設の専門医氏名(本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること専門医 氏名 専門医認定証番号 備 考(事務局記入欄) 2 0 「事務局記入欄) *専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 **暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医(20で始まる 10 ケタの認定証番号取得者)の氏名を記入ください。 指導連携施設 (病院)名 自筆署名が必要です(入力不可)	2. 施設情報(申請日時点)			(各耳	頁目	いず	れかに	Z Ø 8	と入え	て	下さ	(ハ)		
3) 病歴保管施設 □ 有 □ 無 4) 剖検室 □ 有 □ 無 5) 消化管に関する定期的教育行事 □ 有 □ 無 3. 指導連携施設の専門医氏名 (本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること 専 門 医 氏 名 専門医認定証番号 備 考 (事務局記入欄) *専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 *暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医(20で始まる 10 ケタの認定証番号取得者)の氏名を記入ください。 指導連携施 設 (病院)名 指導連携施設 専門医 署名 自筆署名が必要です (入力不可)	1) 中央検査室			□ 有										
4) 剖検室 □ 有 □ 無 5) 消化管に関する定期的教育行事 □ 有 □ 無 3. 指導連携施設の専門医氏名 (本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること 専門医認定証番号 備 考 (事務局記入欄) *専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 *暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医 (20 で始まる 10 ケタの認定証番号取得者)の氏名を記入ください。 *指導連携施 設 (病院)名 指導連携施設 専門医 署名 自筆署名が必要です (入力不可)	2) 中央図書室			□有										
5)消化管に関する定期的教育行事	3)病歴保管施設			□ 有										
3. 指導連携施設の専門医氏名(本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること 専門医氏名(本学会専門医制度による正規専門医資格取得者で、親施設との連絡責任者を記入すること 専門医認定証番号 備 考 (事務局記入欄) *専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 *暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医(20で始まる10ケタの認定証番号取得者)の氏名を記入ください。 指導連携施設 専門医署名 自筆署名が必要です(入力不可)														
専門医認定証番号 備 考 (事務局記入欄) *専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 *暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医(20 で始まる 10 ケタの認定証番号取得者)の氏名を記入ください。 指導連携施設 専門医 署名 自筆署名が必要です(入力不可)	5) 消化管に関する定期的教育行事													
(事務局記入欄)	3. 指導連携施設の専門医氏名 (本	学会専	門医	制度に	こよる	る正規専	 専門医資	格取	得者で	、親加	を設と	: の連約	格責任者	fを記入すること
*専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 *暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医(20 で始まる 10 ケタの認定証番号取得者)の氏名を記入ください。 指導連携施 設 (病院)名 指導連携施設 専門医 署名 自筆署名が必要です(入力不可)	専 門 医 氏	名			専門医認定証番号			号					•	
*専門医が複数名いる場合も、親施設との連絡責任者である専門医のみ記入すれば結構です。 *暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医(20で始まる 10 ケタの認定証番号取得者)の氏名を記入ください。 指導連携施設 専門医 署名 自筆署名が必要です(入力不可)							1		(事	務局	記入欄)			
*暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医 (20 で始まる 10 ケタの認定証番号取得者)の氏名を記入ください。 指導連携施設 (病院)名 自筆署名が必要です(入力不可)			2	О										
*暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医 (20 で始まる 10 ケタの認定証番号取得者)の氏名を記入ください。 指導連携施設 (病院)名 自筆署名が必要です(入力不可)	* 市田匠が箱粉をいる担合は、 朝梅塾との声紋書任老である市田匠のカシスナわげ幼様です													
指導連携施 設 (病院)名 指導連携施設 専門医 署名 自筆署名が必要です (入力不可)	*暫定処置による専門医は連絡責任者の専門医としてはカウントできないため、正規の専門医(20 で始まる 10 ケタの認定証番号													
指導連携施設 専門医 署名 自筆署名が必要です(入力不可)									 1					
	拍导理楞肔 苡 (抐 阮 丿 名 													
	指導連携施設 専門医 署名					自筆署名が必要です (入力不可)								
							, .	. `		,				

^{*}太枠内は本申請のために親施設との連絡を担当する専門医の方がご署名ください。

指導連携施設専門医研修計画書

西曆 年 月 日

- *上記計画書には下記を網羅すること 1. 研修目標、2. 指導体制、3. カリキュラム実施スケジュール、4. 週間予定表

本学会専門医制度による

自筆署名が必要です(入力不可)

指導施設代表者署名(※自署)